1° COMMENT RECONNAITRE LE SEL AMMONIAC MÉLANGÉ AVEC LA MATIÈRE DES VOMISSEMENS?

N° 10.

2° QUELS SONT LES CHANGEMENS IMPRIMÉS A LA PHYSIONOMIE PAR LE DÉVELOPPEMENT DES DENTS?

3° QUELLE DIFFÉRENCE Y A-T-IL ENTRE UNE HERNIE ENGOUÉE ET UNE HERNIE ÉTRANGLÉE?

4° DU TRAITEMENT DE LA BRONCHITE AIGUE.



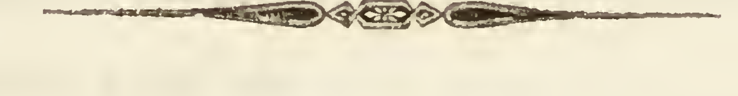
Thèse

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER,
le 19 Février 1838;

PAR

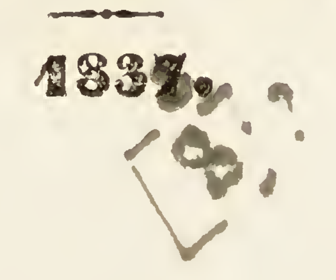
P. BERGERON (LUBAC),
De Saint-Fortunat (Ardèche);

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.



Montpellier.

IMPRIMERIE DE MATTHIEU DUCROS,
Rue des Sœurs-Noires, n° 3, derrière l'Église St-Roch.



1837.

A Monsieur RAYMONDON,

DOCTEUR EN MÉDECINE,

ANCIEN CONSEILLER A LA PRÉFECTURE DE PRIVAS.

Monsieur,

Votre mérite personnel, joint à votre savoir et à votre expérience, m'ont engagé à vous dédier ce faible fruit de mes premières études médicales, ce sera un honneur et un encouragement bien doux pour moi, si vous daignez l'agréer.

A Monsieur GENTHIAL (Prêtre),

ANCIEN PROFESSEUR DE BELLES-LETTRES AU COLLÉGE D'ANNONAY.

Inaltérable Reconnaissance.

A Monsieur LORTOLAT,

CURÉ DE SAINT-FORTUNAT.

Respects affectueux.

A Monsieur JOHANNENC,

MAIRE ET NOTAIRE DE LA COMMUNE DE SAINT-FORTUNAT.

La plus cordiale amitié.

P. BERGERON.



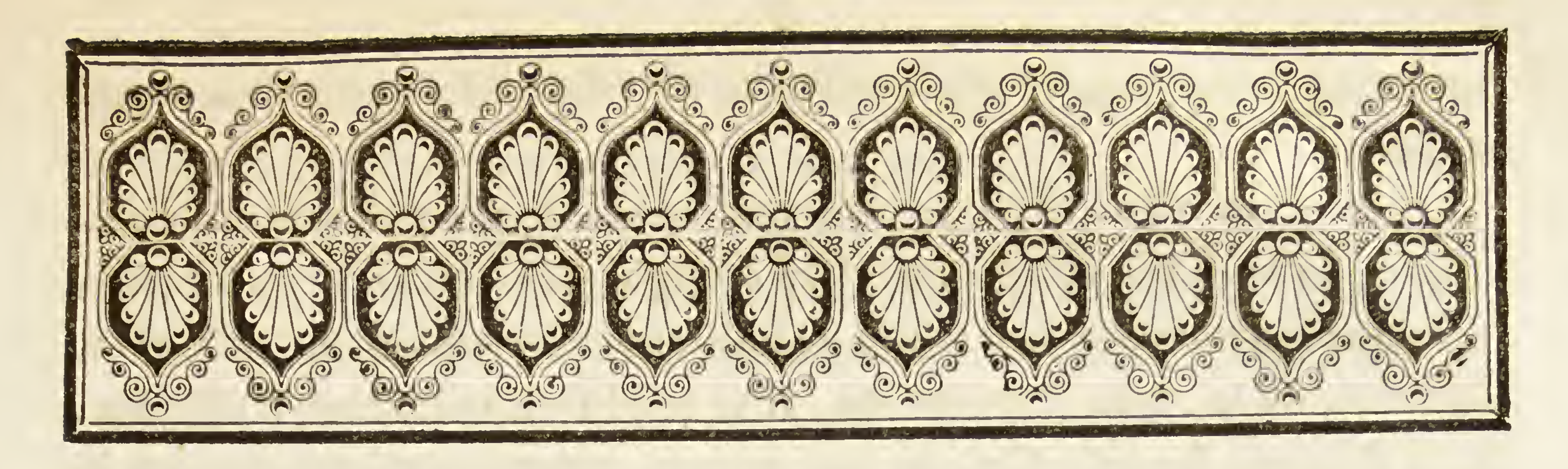
A TOUS MES PARENS.

Témoignage du plus vif attachement.

P. BERGERON.

Avant-Propos.

Avant de répondre aux questions qui font le sujet de cette thèse, je prie mes honorables Professeurs de vouloir bien recevoir ici l'hommage de ma sincère reconnaissance pour les soins qu'ils ont eu de guider mes premiers pas dans la pénible carrière de l'art de guérir. Trop heureux ! si, par des efforts soutenus, je puis suivre constamment la route qu'ils m'ont tracée, et adhérer inviolablement aux principes impérissables qu'ils ont eux-mêmes hérité du vénérable vieillard de Cos, et me mettre ainsi à même de soulager les maux divers que le souverain Auteur de la vie juge à propos de départir à mes semblables.



(N° 24.)

SCIENCES ACCESSOIRES.

Comment reconnaître le sel ammoniac mélangé avec la matière des vomissemens ?

Avant de répondre à la question, nous allons présenter quelques généralités, pour faire connaître le sel dont il s'agit.

L'hydro-chlorate d'ammoniaque (muriate d'ammoniaque, sel ammoniac) est la combinaison de l'acide hydrochlorique (chlorydrique) et de l'ammoniaque; il est ainsi désigné, parce qu'il était préparé jadis dans l'Égypte, près du temple de Jupiter Ammon. Ce sel, qui est blanc, a une saveur piquante et salée; il se dissout dans trois à quatre parties d'eau froide; l'eau bouillante en dissout encore plus: sa dissolution dans l'eau se fait avec un abaissement de température très-sensible; il est un peu soluble dans l'alcool; ce liquide en prend environ un soixantième de son poids.

L'hydro-chlorate d'ammoniaque cristallise facilement. Les cristaux sont des prismes hexaèdres très-élevés qui s'implantent les uns sur les autres, en divergeant de droite à gauche, de manière à simuler une barbe de plume.

Selon M. Haüy, sa forme primitive est l'octaèdre régulier: c'est ainsi qu'on l'obtient quelquefois par la sublimation; car, soumis à

l'action du calorique, le sel ammoniac se volatilise, après être entré en fusion.

Quelques oxydes métalliques décomposent l'hydro-chlorate d'ammoniaque ; la base est mise à nu et se dégage, tandis que l'acide hydrochlorique, s'unissant à l'oxyde métallique, forme un autre hydrochlorate ; mais, dans certains cas, il se produit un chlorure, et alors, il y a de l'eau formée. C'est ce qui arrive, lorsqu'on décompose par la voie sèche le sel ammoniac, au moyen de la chaux. Quelques métaux, tels que le potassium, le sodium, le fer, l'étain et le zinc, décomposent le sel ammoniac: les deux premiers, à la température ordinaire, les autres, à chaud : dans ces deux cas, il y a formation d'un chlorure et dégagement de gaz ammoniac, et de gaz hydrogène.

L'acide sulfurique décompose l'hydro-chlorate d'ammoniaque et s'empare de sa base. L'acide nitrique décompose partiellement ce sel, et forme de *l'eau régale.*

Le sel ammoniac existe dans la nature ; on le rencontre dans le cratère de quelques volcans, dans quelques houillères ; il se trouve dans l'urine de l'homme et les matières de quelques animaux. Voici maintenant, en peu de mots, le procédé suivi aujourd'hui pour la préparation du sel ammoniac : on se procure d'abord du carbonate d'ammoniaque par la distillation des matières animales ; ce carbonate se convertit en sulfate, en le mettant en contact avec de la chaux et en favorisant la double décomposition par un peu d'acide sulfurique qu'on ajoute d'abord au sulfate calcaire. Le sulfate d'ammoniaque est alors mêlé à une solution d'hydro-chlorate de soude (chlorure de sodium dissous), et les liqueurs sont évaporées jusqu'au point où le sulfate de soude, qui doit résulter de la décomposition mutuelle des deux sels, puisse cristalliser, car il paraît que c'est dans ce moment que la décomposition a lieu. La plus grande partie du sulfate de soude est donc séparée par la cristallisation ; on évapore alors les liqueurs jusqu'à siccité, pour obtenir l'hydro-chlorate d'ammoniaque, mais il retient un peu de sulfate ou d'hydro-chlorate de soude ; on le purifie par sublimation.

Ce sel, trituré avec de la potasse, de la soude, de la chaux, de la

baryte ou de la strontiane, est décomposé, et laisse dégager de l'ammoniaque fa·ile à reconnaître à son odeur.

La dissolution de ce sel n'est point précipitée par les sous-carbonates de potasse, de soude et d'ammoniaque, ni par les hydrochlorates, ni par le prussiate de potasse (hydro-cyanate); elle est, au contraire, précipitée en jaune-serin par l'hydrochlorate de platine; le précipité, composé d'acide hydro-chlorique, d'ammoniaque et d'oxide de platine, ne se formerait pourtant pas si les dissolutions étaient très étendues.

La dissolution d'hydrochlorate d'ammoniaque est décomposée à froid par le nitratre d'argent : il se produit de l'eau, du nitrate d'ammoniaque soluble, et du chlorure d'argent (muriate) blanc caillebotté, insoluble dans l'eau et dans l'acide nitrique, et soluble dans l'ammoniaque. On détermine aisément sa présence dans la matière des vomissemens en distillant le mélange dans une cornue à laquelle on aura adapté préalablement un récipient contenant une petite quantité d'eau : l'ammoniaque libre ne tardera point à se volatiliser, et saturera le liquide renfermé dans le ballon; il est même important de coller, dans l'intérieur du récipient, quelques morceaux de papier de tournesol, rougi par un acide, afin que la plus petite quantité de gaz ammoniacal puisse être décélée par le rétablissement de la couleur bleue de tournesol. L'odeur seule des matières suffit souvent pour décéler l'odeur de l'ammoniaque.

Si, à une très-petite portion de la liqueur, obtenue comme nous le dirons plus bas, on ajoute quelques gouttes d'une dissolution de carbonate de potasse, on sent une odeur d'ammoniaque, la potasse caustique développe encore d'avantage cette odeur; la liqueur donne par l'azotate d'argent un précipité insoluble dans l'acide azotique.

Comme l'hydrochlorate d'ammoniaque se trouve le plus souvent en dissolution dans un liquide mélangé avec des matières pâteuses, dans ce cas, ou le liquide se trouve en quantité suffisante, ou il est en trop petite quantité; si la quantité du liquide est assez considérable on peut placer immédiatement la matière sur une toile bien blanche, l'exprimer doucement, laver plusieurs fois le résidu et re-

cueillir les eaux des lavages. Les liqueurs seront réunies et filtrées, ou repassées au travers d'une toile, si la filtration au travers du papier n'est pas possible. Si le liquide est en trop petite quantité, on délaie les matières pâteuses dans un peu d'eau distillée et l'on procède ensuite comme il vient d'être dit.

On traite le liquide comme si l'ammoniaque était pure, après l'avoir préalablement décoloré au moyen du charbon animal. La dissolution est sans action sur le sirop de violette ; elle dégage l'ammoniaque quand on la mêle à de la chaux. Si les liqueurs dans lesquelles les mélanges avaient été opérés, étaient naturellement acides, une partie ou la totalité de l'hydro-chlorate d'ammoniaque auraient pu rester à l'état de sel ; dans ce cas, on n'aurait qu'à projeter la matière sur des charbons incandescens, et il se dégagerait de l'ammoniaque.

(N° 415.)

ANATOMIE et PHYSIOLOGIE.

Quels sont les changemens imprimés à la physionomie par le développement des Dents?

Avant d'aborder la question, nous ferons observer que le développement des os maxillaires présente un phénomène unique dans l'économie.

En effet, il ne s'opère pas simultanément et d'une manière continue sur tous les points de leur étendue, comme on l'observe pour les autres parties du système osseux. Cela tient à ce que ces os semblent composés de deux parties, qui, quoique unies entr'elles, sont essentiellement distinctes l'une de l'autre par la marche qu'elles suivent en se développant, et par les changemens qu'elles éprouvent. De ces deux parties, l'une appartient au système osseux général, se forme et croît sous l'empire des lois qui régissent les autres os; elle constitue la presque totalité des mâchoires, ou plutôt elle forme réellement, et, à proprement parler, les os maxillaires. L'autre partie, également osseuse et continue avec la première, ne fait point une partie essentielle de ces os, et n'est, à vrai dire, qu'un phénomène mécanique de la dentition : elle se manifeste en même temps que les organes qui produisent les dents, croît avec ces dernières, en emprunte la conformation extérieure, l'étendue, la direction, subit les changemens divers qu'amènent leurs mutations successives ou leurs anomalies, et disparaît avec elles : on la désigne sous le nom de bords ou procès alvéolaires.

Quoique des phénomènes de développement fort importans caractérisent la première époque de la première enfance, c'est-à-dire, celle qui s'étend du moment de la naissance jusqu'au travail de la première

dentition, et qui a généralement une durée de sept mois ; cependant, comme ces divers changemens ne se rattachent point à notre question, nous ne les mentionnerons point ici.

A l'époque de la première dentition, commencent à se dessiner, d'une manière particulière, les traits de la physionomie : d'abord, apparaissent les incisives moyennes de la mâchoire inférieure, puis celles de la mâchoire supérieure ; après, les incisives latérales inférieures et les incisives latérales supérieures ; en troisième ordre, se montrent les premières molaires inférieures ; puis, les supérieures, et enfin les deuxièmes molaires. Le tissu des gencives est peu soulevé, peu distendu, mais il s'amincit et s'entr'ouvre en autant de points, probablement préexistans, que la dent a de cuspides ; alors, la couronne apparaît et sort jusqu'au collet.

Pendant la deuxième enfance qui, selon M. Hallé, s'étend de la septième à la quinzième année, les dents que nous avons vu apparaître dans l'âge précédent, paraissent s'écarter les unes des autres, puis s'ébranlent et tombent : leur écartement tient à ce que l'arcade alvéolaire qui les contient, continue de croître, tandis qu'elles ne changent pas de volume. Pendant cette période, les arcades dentaires s'agrandissent continuellement jusqu'à vingt ans, tant pour faire place aux nouvelles grosses molaires qui surviennent, que parce que les dents de remplacement sont plus larges que les dents dites de lait. La face, par suite, prend plus de hauteur et de largeur, et revêt une autre physionomie.

Pendant le troisième âge de la vie, (adolescence, puberté) dont la durée s'étend de quinze à vingt-cinq ans chez l'homme, et de quinze à vingt-un ans chez la femme, les mâchoires ont achevé leur développement par la pousse des dents de sagesse. Dans la virilité décroissante, les dents usées plus ou moins dans leur couronne, s'allongent, se déchaussent et s'ébranlent : mais, parcourons ces diverses époques de la vie, en notant les divers phénomènes qui se manifestent dans chacune d'elles.

A la naissance, l'apophyse condiloïde, fortement abaissée, est presque au niveau du bord alvéolaire : l'angle de la mâchoire inférieure existe à

peine ; son bord inférieur est moins ceintré qu'il ne l'était chez le fœtus ; l'apophyse coronoïde s'est relevée et portée un peu en avant.

A l'époque de l'éruption des dents primitives, lorsque la couronne a entièrement franchi l'orifice des alvéoles, des changemens remarquables se font apercevoir dans la configuration des os maxillaires. Les lames alvéolaires, qui étaient d'abord écartées par l'épaisseur considérable des couronnes qu'elles contenaient, reviennent sur elles-mêmes ; les alvéoles se rétrécissent et se conforment au volume plus petit des racines qu'ils embrassent exactement. C'est cet affaissement des lames alvéolaires, suite de l'éruption des premières dents, qui influe alors, d'une manière si frappante, sur la physionomie de l'enfant. Les os maxillaires prennent des dimensions plus grandes ; leurs branches se redressent ; l'angle se prolonge davantage ; leur corps s'accroît en hauteur : mais comme, pendant la durée de cette évolution, les arcs alvéolaires ne suivent pas dans leur allongement les mêmes progrès que les os maxillaires, il en résulte qu'à l'âge de deux ans et demi, époque où elle est terminée, les trous mentonniers et sous-orbitaires se sont plus éloignés de la symphise de la molaire antérieure : ils répondent alors à l'intervalle compris entre les racines de cette dent.

Lorsque toutes les temporaires sont sorties, la longueur des arcs qu'elles remplissent est, suivant Hunter, fixée d'une manière invariable. C'est cette fixité, cette immobilité des arcs, en opposition avec le mouvent d'accroissement progressif des mâchoires, qui fait qu'à l'âge de six ans les trous sous-orbitaires et mentonniers se sont encore éloignés d'avantage de la ligne médiane, et répondent alors à la racine postérieure de la première molaire de lait, bien entendu que cet état stationnaire ne s'applique qu'à la portion des bords alvéolaires occupés par les dents temporaires ; car, en arrière, ils se sont allongés pour recevoir dans leur intérieur la couronne de la deuxième grosse molaire.

Pendant la dernière période de la dentition, le corps des os maxillaires acquiert en hauteur des dimensions fort grandes ; les trous sous-orbitaires et mentonniers s'éloignent des procès alvéolaires, ils s'écartent également de plus en plus des symphises, de sorte qu'à vingt ans ils répondent à la racine de la deuxième bicuspide. La

courbure que le bord inférieur de la mâchoire diacrânienne présentait dans le jeune âge disparaît peu à peu. L'arc alvéolaire supérieur, d'abord resserré transversalement à sept ans, s'élargit ensuite très sensiblement dans ce sens, à mesure que l'accroissement de la portion horizontale des os maxillaires fait des progrès. L'arc inférieur, au contraire, ne se dilate pas, et il a, de gauche à droite, le même écartement avant et après le renouvellement des dents. Mais les changemens les plus remarquables sont ceux qui se passent dans la portion des os maxillaires qui répond à l'extrémité postérieure des arcs. Cette partie des bords alvéolaires, qui, dans le principe, contenait seulement les premières grosses molaires s'est considérablement agrandie pour recevoir les deux autres molaires qui se rangent derrière elles : c'est cet allongement des arcs en arrière qui détermine à cette époque une si grande influence sur le développement de la face. A la mâchoire inférieure, il produit le redressement graduel des branches, de manière à leur faire décrire, avec le reste de l'os, un angle moins obtus, tandis qu'à la mâchoire supérieure il porte en arrière les apophyses ptérygoïdes; de sorte que la suture maxillo-palatine, qui, chez le jeune enfant, était placée vis-à-vis l'intervalle compris entre la molaire postérieure de lait et la première grosse molaire, correspond plus tard à la deuxième grosse molaire, et finit, quand le travail de la seconde dentition est achevé, par se trouver un peu en arrière des dents de sagesse. Cet allongement de la partie postérieure des arcs supérieurs coïncide avec l'agrandissement du sinus maxillaire : double effet qui reconnaît pour cause le développement des grosses molaires, et est toujours en rapport avec le volume de ces dents.

Après la chute des dents chez le vieillard, les procès alvéolaires s'affaissent, et enfin disparaissent entièrement. Le corps des mâchoires diminue considérablement de volume; les trous sous-orbitaires et mentonniers, conservant leur situation, se rapprochent par là du bord libre des mâchoires; le sinus et la tubérosité molaires reviennent sur eux-mêmes, les branches de la mâchoire inférieure se portent en arrière et reprennent à un âge avancé à peu près la même direction qu'elles avaient dans l'enfance. Résumons.

Le mouvement d'ascension des dents agit avec force sur l'os qui les contient, pour l'étendre dans le sens où se fait leur accroissement, d'où il résulte que la mâchoire prend, selon l'âge, des configurations assez différentes.

Les mâchoires sont plus courtes dans les jeunes sujets qui n'ont pas encore toutes leurs dents, ce qui influe sur l'inclinaison de la ligne faciale et une des causes de la beauté des enfans; l'allongement des dens exige une augmentation dans la hauteur des mâchoires: la mâchoire inférieure de l'enfant qui vient de naître, a le septième de la hauteur de la tête; à trente et quarante ans, elle fait un peu moins du cinquième; à soixante ans, lorsque les racines des dents commencent à être chassées de leurs alvéoles, la mâchoire diminue un peu de hauteur, et quand elles sont tombées tout-à-fait, la portion de la mâchoire qui formait les alvéoles disparraît par degrés, et la mâchoire elle-même finit par n'avoir pas la moitié de la hauteur qu'elle avait dans l'homme de moyen âge.

On observe des changemens semblables, quoique moins grands, dans la mâchoire supérieure, en prenant sa hauteur depuis l'épine nasale antérieure. Cette distance est plus grande à proportion dans l'homme de moyen âge que dans l'enfant et dans le vieillard, et c'est ce qui, joint à l'absence des dents, produit cette ressemblance singulière qu'on remarque au premier coup-d'œil entre le squelette de la tête de l'enfant et de celle du vieillard.

Comme le condyle de la mâchoire inférieure est toujours attaché à la supérieure, soit qu'il y ait des dents, soit qu'il n'y en ait pas, il faut que la hauteur de la branche montante varie pour que les portions masticantes puissent toujours se toucher, ce qui occasionne de grands changemens dans la figure générale de la partie postérieure de la mâchoire.

Dans l'enfant qui vient de naître, le condyle n'est pas plus élevé que le bord alvéolaire, et l'apophyse coronoïde se relève au-dessus de lui de toute sa longueur. A mesure que les dents sortent, l'angle postérieur de la mâchoire est repoussé en arrière et devient plus approchant d'un angle droit; le bord postérieur de la branche mon-

tante qui était d'abord fort oblique se redresse, et le condyle se relève.

A sept ans, il est encore un peu inférieur à l'apophyse coronoïde; il lui est égal à dix, et un peu supérieur à trente. Quand ces dents tombent, l'angle postérieur redevient plus obtus, parce qu'il n'est plus repoussé en arrière pas les dents, et le condyle se rabaisse par rapport à l'apophyse.

Ces derniers changemens deviennent même une grande source d'incommodités; ils portent la partie antérieure de la mâchoire si avant, qu'elle ne peut plus rencontrer la supérieure, et c'est ce qui produit le menton de galoche des vieillards.

La direction de l'apophyse coronoïde change aussi à mesure que l'angle postérieur se porte en arrière; elle se dirige plus en avant; les molaires qui, avant leur développement, étaient toutes placées à la face interne de la branche montante de la mâchoire, dépassent successivement son bord antérieur, auquel la dent de sagesse répond dans l'adulte.

Tels sont les changemens imprimés à la physionomie par le développement des dents.

(N° 1049.)

SCIENCES CHIRURGICALES.

Quelle différence y a-t-il entre une hernie engouée et une hernie étranglée ?

On entend par hernie, en général, tout déplacement de viscère hors de la cavité qui le contient.

L'étranglement consiste dans la constriction exercée sur les viscères sortis par les ouvertures qui leur donnent passage, quelles qu'elles soient. Ou bien, selon Dupuytren, c'est l'action, dans nos parties, d'un corps étranger ou ordinaire qui presse avec plus ou moins de force les corps engagés dans la sphère de son activité.

L'engouement consiste dans l'obstruction plus ou moins complète de l'intestin hernié par les matières fécales ou alimentaires qui s'y sont accumulées. Cet accident est donc particulier aux hernies intestinales ; on ne peut le rencontrer évidemment dans l'épiplocèle, la cystocèle, etc. Cette seule remarque suffirait pour établir une différence capitale entre l'engouement et l'étranglement aigu des hernies, car celui-ci se rencontrera dans toutes les espèces de hernies toutes les fois que l'ouverture herniaire, l'orifice du sac, quelque bride accidentelle, etc., exercera sur les parties sorties une constriction capable de déterminer leur inflammation aiguë, et souvent leur gangrène.

Il en résulte que l'engouement, qui augmente le volume de l'intestin, pourra conduire à l'étranglement ; tandis qu'il s'emblerait, au contraire, que l'étranglement, en empêchant les matières d'arriver dans la hernie, devrait toujours s'opposer à l'engouement; mais il faut remarquer qu'il empêche aussi-bien les matières déjà introduites dans l'anse intestinale d'en sortir.

A ne considérer ces deux accidens que dans la hernie intestinale,

ils offrent encore entr'eux de grandes différences. L'étranglement très aigu, et même mortel, peut n'intéresser qu'une petite partie du calibre intestinal, tandis que l'engouement suppose une ou plusieurs anses intestinales; aussi, est-ce dans les hernies volumineuses anciennes adhérentes, qu'on le rencontre le plus souvent. Dans ces deux cas, pendant plusieurs jours avant que l'engouement se manifeste, le ventre est paresseux, les malades sont constipés; puis la tumeur devient plus volumineuse, sans être toutefois douloureuse au toucher; le ventre se météorise: les matières, une fois arrêtées dans la hernie, ne tardent pas à s'accumuler dans le bout supérieur; des nausées des vomissemens surviennent: ils sont d'abord de matières glaireuses, bilieuses et finissent par être stercoraux. A l'autre extrémité du canal intestinal, les selles sont alors complètement supprimées, les vents même ne s'échappent pas. Dans cet état, si l'on palpe la hernie, on la trouve médiocrement dure, peu douloureuse, irréductible, et cela peut durer quelques jours, quelques semaines. Si des selles copieuses, spontanées ou provoquées, surviennent, l'engouement diminue ou cesse tout-à-fait; mais dans le cas contraire, il arrive qu'après un temps variable l'inflammation s'empare de l'intestin ou de l'épiploon qui le revêt; elle augmente encore le volume des parties; les ouvertures herniaires des parois du sac sont relativement plus étroites, l'étranglement survient. Ce passage de l'engouement à l'étranglement est de la plus haute importance en pratique, le premier seul n'exigeant jamais l'opération de la hernie étranglée, et le second indiquant cette opération d'autant plus impérieusement alors, que depuis long-temps l'intestin est irrité, ses parois engorgées.

On ne saurait encore trop insister sur la différence qui nous occupe. En effet, l'engouement, disons-nous, s'établit par l'accumulation des matières fécales ou alimentaires dans la portion d'intestins que contient la hernie; comme l'adhérence, il ne survient guère qu'aux hernies anciennes volumineuses, et dépend de la difficulté avec laquelle les matières remontent contre leur propre poids, pour passer de la portion herniaire de l'intestin dans la suite du canal.

Qu'un homme ait avalé une grande quantité de noyaux de cérises,

par exemple, ces matières arrivent par un cours difficile dans la portion d'intestins qui forme la hernie; cette portion affaiblie, et donc l'action péristaltique n'est plus aidée par l'action, et la réaction alternative du diaphragme et des muscles abdominaux, fait de vains efforts pour s'en débarrasser. Les matières séjournent et s'accumulent, le canal s'obstrue, les alimens interceptés s'amassent de proche en proche de l'obstacle vers l'estomac, la tumeur herniaire augmente de volume, d'abord presque indolente, molle. pâteuse, et non pas rénitente et douloureuse, comme dans le cas de véritable étranglement. L'engouement diffère essentiellement de ce dernier accident, en ce qu'il peut exister sans qu'il y ait disproportion entre l'anneau inguinal et les parties qu'il embrasse; il est produit seulement par la stagnation des matières dans l'intestin, trop faible pour s'en débarrasser. Cependant le ventre se météorise, comme nous l'avons déjà fait observer; la tumeur se gonfle, et devient douloureuse; le malade, qui n'avait éprouvé que des nausées, avec le goût fécal, vomit des matières stercorales; la fièvre s'allume, et tous les symptômes de l'étranglement se joignent à ceux de l'engouement. Celui-ci peut subsister plusieurs jours, et même plusieurs semaines, sans compromettre la vie des malades, tandis que l'on voit les intestins étranglés s'enflammer et tomber en gangrène au bout de vingt-quatre heures.

L'étranglement, au contraire, a lieu, lorsque les parties herniées se trouvent trop serrées par l'ouverture qui leur a donné passage; la continuité du canal digestif se trouve interceptée, si la hernie est intestinale: la douleur est vive et l'inflammation imminente, quel que soit le viscère renfermé dans la tumeur.

Supposons qu'un homme atteint d'une hernie inguinale, et qui néglige de la contenir, fasse un effort pour soulever un fardeau, ou franchir un fossé: dans la pression violente qu'éprouvent les viscères abdominaux, une nouvelle masse d'intestins s'engagent dans l'anneau, déjà occupé par une portion intestinale. La résistance de cette ouverture aponévrotique est surmontée; mais, élastique, elle revient sur elle-même quand l'effort a cessé, comprime les parties qu'elle embrasse, exerce sur elles une constriction douloureuse, et détermine leur inflammation.

Cette inflammation est ici l'effet de l'étranglement, et non point sa cause : de la portion d'intestin ou d'épiploon serrée par l'anneau, elle s'étend, par voie de continuité, aux parties que la tumeur renferme, ainsi qu'à celles qui sont encore contenues dans l'abdomen.

Les matières s'accumulent au-dessus de la portion pincée : le vomissement se déclare ; il est dû plutôt à l'irritation nerveuse, qu'à l'arrêt des matières ; aussi, se compose-t-il d'abord des saburres bilieuses que renferme l'estomac : après, viennent les matières stercorales, mais peu abondantes et rendues avec beaucoup d'efforts : la tumeur est dure, tendue, rénitente et douloureuse.

En résumé, dans l'engouement, il n'y a cependant point étranglement ou constriction exercée par l'anneau sur la portion d'intestin à laquelle il donne passage ; il n'existe pas de disproportion entre cette ouverture et les parties qu'elle embrasse.

Bien plus, l'engouement s'établit, l'anneau restant dans un état remarquable de dilatation et de relâchement, sur des vieillards affligés de hernies anciennes et volumineuses : la cause de l'accident est dans l'intestin ; elle est idiopatique. L'étranglement, au contraire, dépend de la pression exercée sur le sac par le contour de l'ouverture herniaire ; l'inflammation de l'intestin est l'effet consécutif de l'étranglement : ces deux accidens, dépendant d'une cause différente, survenant dans des circonstances opposées, réclamant des méthodes de traitement non-seulement diverses mais contraires, n'ont rien de commun que l'interruption du cours des matières, et n'auraient jamais dû être compris sous le nom générique d'étranglement.

(N° 1695.)

SCIENCES MÉDICALES.

Du Traitement de la Bronchite aiguë.

Le traitement de la bronchite aiguë varie à raison de son intensité et de la forme particulière qu'elle revêt. La bronchite légère, qui cesse souvent en peu de jours, et presque sans le secours d'aucun médicament, ne doit pas être traitée comme la bronchite intense : on se borne, dans le premier cas, à recommander aux malades d'éviter les conversations prolongées et à haute voix, l'exposition au froid et à l'humidité, de se vêtir plus chaudement, et on leur prescrit une de ces boissons adoucissantes auxquelles on donne généralement le nom de *pectorales*, telles que l'infusion de fleurs de violettes, de mauve ou de bouillon blanc, la décoction de gruau, de jujubes, de dattes ; la solution de gomme arabique, etc., édulcorées avec le sucre, le miel ou le sirop de guimauve, de capillaire, etc. : ces tisanes doivent être prises tièdes, en petite quantité à la fois et à des intervalles plus ou moins rapprochés ; quelquefois, on les coupe avec du lait. Les pâtes et les tablettes de jujubes, de guimauve sont aussi d'un assez fréquent usage : si la maladie résiste à ces remèdes, on parvient, dans quelques cas, à la dissiper, en provoquant une sueur copieuse par l'exercice ou par des boissons diaphorétiques. Un purgatif doux, tel que la manne ou l'huile de ricin, a plusieurs fois eu le même résultat. Les hommes habitués aux liqueurs spiritueuses parviennent souvent à dissiper une bronchite commençante, en avalant du vin chaud sucré, de l'eau-de-vie brûlée ou du rhum : cette pratique, assez répandue aux armées et dans les contrées froides et

humides, M. Laënnec la regardait comme tout-à-fait héroïque, et l'employait toutes les fois qu'il n'existait pas de contr'indication évidente, c'est-à-dire, une inflammation de l'estomac ou des intestins, une constitution éminemment sanguine ou trop irritable, ou une affection catarrhale assez violente pour faire craindre une péripneumonie.

Dans la bronchite intense, un traitement plus énergique est indiqué, le malade doit garder la chambre et même le lit, respirer un air d'une température douce et égale, observer un silence complet, et être soumis à la diète des maladies aiguës. La saignée générale est souvent nécessaire et presque toujours utile; les principaux signes qui l'indiquent sont: la chaleur de poitrine, l'oppression, la céphalalgie et la violence du mouvement fébrile: il faut la répéter une ou plusieurs fois, si la persistance des symptômes l'exige. Lorsque l'état du pouls, l'âge des malades, ou quelque autre circonstance particulière ne permettent pas d'employer la saignée générale, on la remplace par des sangsues appliquées dans les points où le râle est le plus abondant. Les ventouses scarifiées, regardées par Laënnec comme bien préférables aux sangsues, ont paru quelquefois aussi efficaces, mais la douleur qu'elles occasionnent les rend difficiles à conseiller chez les personnes d'une vive sensibilité, et chez les enfans surtout. Les sangsues sont particulièrement indiquées dans les cas où il faut suppléer à une hémorrhagie habituelle. Du reste, on a recours aux mêmes boissons que dans la bronchite légère; on y joint les potions gommeuses, huileuses, les loochs, les juleps, plutôt peut-être, pour diminuer l'irritation du pharynx et la toux dont elle est une des causes, que dans le but d'agir contre le catarrhe pulmonaire lui-même. L'inspiration de vapeurs émollientes agréablement chaudes convient pour diminuer la sécheresse de la toux; la viscosité de quelques crachats et la difficulté de les expectorer.

Les cataplasmes émolliens, appliqués sur la poitrine, et souvent renouvelés ou maintenus chauds à l'aide de flanelle et de taffetas gommé, dont on les recouvre, sont, particulièrement chez les enfans, d'une certaine utilité. Les pédiluves simples, ou rendus irritans au moyen du sel commun, de la potasse ou du savon, préférablement à la farine de moutarde qui excite à tousser, doivent être employés concur-

remment avec les autres moyens, et répétés plusieurs fois dans le jour. Quand l'inflammation paraît pénétrer jusqu'aux radicules bronchiques, un traitement très-énergique devient indispensable : c'est celui des pneumonies les plus graves.

Lorsque la bronchite aiguë se prolonge au-delà de la seconde et de la troisième semaine, sans que des causes extérieures l'aient en quelque sorte renouvelée, lorsque la chaleur de la poitrine, la dyspnée, la résistance du pouls ont disparu, on prescrit, quelquefois avec avantage, des boissons diaphorétiques, telles que l'infusion de feuilles de bourrache, de fleurs de sureau, d'œillet et, plus généralement, des tisanes aromatiques, telle que l'infusion de lierre terrestre, de serpolet, de sauge, la décoction d'aunée, de polygala ou lichen. C'est vers la même époque que l'on conseille l'usage des purgatifs doux et des topiques rubéfians ou vésicans appliqués sur le thorax, synapismes, vésication par les cantharides, l'ammoniaque, l'émétique, l'huile de croton-tyglium ; mais, en général, il faut attendre, pour avoir recours à ces derniers moyens, que le mouvement fébrile ait cessé, ou qu'il soit considérablement diminué, sans quoi, les vésicatoires pourraient augmenter l'appareil fébrile et l'inflammation catarrhale elle-même. Si la maladie n'a plus qu'une intensité médiocre, on peut se borner à couvrir le thorax, dans les points les plus affectés, d'un large emplâtre de poix de Bourgogne ou de sparadrap de diachylon gommé, qui ne produit qu'une rubéfaction modérée avec ou sans démangeaison, et protége les parties qu'il recouvre contre les variations de la température.

Les vomitifs et les narcotiques sont encore des moyens qu'on a très-fréquemment employés dans le traitement de la maladie dont il s'agit ; mais les uns et les autres exigent du discernement dans l'usage qu'on en fait. Les vomitifs, préconisés par quelques médecins, comme des spécifiques, ne méritent nullement ce nom : on peut les donner avec avantage, lorsque la chaleur est peu élevée, la circulation médiocrement accélérée, la soif peu intense et la langue enduite d'un mucus jaunâtre accompagné d'une saveur pâteuse et amère : ils sont aussi quelquefois utiles, comme révulsifs, lorsque le mouvement fébrile commence à diminuer ; mais, administrés sans indication spéciale, ils pro-

duiraient, le plus ordinairement, de mauvais effets. Chez les très jeunes enfans, les vomitifs ont le double avantage de débarrasser l'estomac des crachats que la digestion y a portés, et les bronches de ceux qui y sont encore contenus. Les enfans, comme on l'a dit, *crachent dans leur estomac*, et le vomissement est leur seul mode d'expectorer: toutefois, on ne doit, chez eux, user des vomitifs qu'avec une grande circonspection, choisir les plus doux, comme le sirop ou la poudre d'ipécacuanha, et ne pas oublier qu'ils provoquent et augmentent souvent le devoiement, et inspirent quelquefois aux enfans une sorte d'horreur pour toute espèce de boisson.

Quant aux narcotiques, ils sont particulièrement usités pour calmer les quintes de toux et l'insomnie, mais ils ne produisent ce double effet que dans le cas où il n'existe ni embarras des premières voies, ni appareil fébrile bien intense : ces deux conditions doivent généralement en faire retarder l'usage jusqu'à ce qu'elles aient été éloignées par un vomitif ou par la saignée. Parmi les narcotiques qu'on emploie de préférence, le sirop de pavots blancs, l'extrait aqueux d'opium et les sels de morphine, occupent le premier rang. Des essais assez nombreux recommandent aussi l'usage de la belladone, qui paraît avoir une action particulière sur les organes de la respiration ; mais jusqu'à présent, aucune expérience positive ne justifie la préférence que quelques praticiens ont cru pouvoir lui attribuer sur les opiacés. A défaut de narcotiques, le bain tiède a souvent paru le moyen le plus efficace de faire cesser la toux, principalement chez les enfans, lorsqu'elle se présente sous forme de quintes, et qu'elle n'est point accompagnée d'expectoration. Lorsque la bronchite aiguë est accompagnée de très-peu de réaction, et qu'elle paraît liée à une faiblesse réelle, il est indispensable de remplacer la méthode anti-phlogistique, dès le début même, par les révulsifs cutanés et les toniques.

Enfin, si, à l'aide des moyens que nous venons d'indiquer, la maladie passe à l'état chronique, on lui oppose le traitement usité contre cette variété de la bronchite.

FIN.

FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MESSIEURS
CAIZERGUES, DOYEN. Clinique médicale.
BROUSSONNET. Clinique médicale.
LORDAT. Physiologie.
DELILE. Botanique.
LALLEMAND. Clinique chirurgicale.
DUPORTAL, *Suppléant.* Chimie médicale.
DUBRUEIL, *Examinateur.* Anatomie.
DUGES. Pathologie chirurgicale. Opérations et Appareils.
DELMAS. Accouchemens. Maladies des femmes et enfans.
GOLFIN. Thérapeutique et Matière médicale.
RIBES, *Président.* Hygiène.
RECH. Pathologie médicale.
SERRE. Clinique chirurgicale.
BERARD. Chimie générale et Toxicologie.
RÉNÉ. Médecine légale.
RISUENO D'AMADOR. Patholog. et Thérapeut. génér.

Professeur honoraire.

AUG.-PYR. DE CANDOLLE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

VIGUIER, *Examinateur.*
KUHNHOLTZ.
BERTIN.
BROUSSONNET.
TOUCHY, *Examinateur.*
DELMAS.
VAILHÉ.
BOURQUENOD.
FAGES.
BATIGNE.
POURCHÉ.
BERTRAND.
POUZIN.
SAISSET, *Suppléant.*
ESTOR.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.